

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA

**ESTRESSE LABORAL ENTRE OS TRABALHADORES
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE QUATRO CONTEXTOS
DO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS, 2011**

MAURÍCIO SCHERER

FLORIANÓPOLIS

2012

MAURÍCIO SCHERER

**ESTRESSE LABORAL ENTRE OS TRABALHADORES
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE QUATRO CONTEXTOS
DO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS, 2011**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2012

MAURÍCIO SCHERER

**ESTRESSE LABORAL ENTRE OS TRABALHADORES
DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE QUATRO CONTEXTOS
DO INTERIOR DO ESTADO DO AMAZONAS, 2011**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, como
requisito para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Carlos Eduardo Andrade Pinheiro

Professor Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2012

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família (Orides, Olívia, Aline e Felipe) e a minha namorada Luiza, gigantes os quais me apoiam para eu poder enxergar cada vez mais longe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, minha fonte de força, inspiração e motivo maior da minha existência. À minha família que me deixou como maior legado o estudo e a vontade de sempre querer aprender, em especial ao meu pai Orides, meu maior ídolo e incentivador, e minha "mãe" Olívia por todo seu carinho. Agradeço aos meus amigos, muitas vezes os meus melhores professores. À minha namorada Luiza, por quem tenho grande amor e admiração, por ter me ajudado muito a refinar este trabalho e à sua família, por ter me recebido como mais um filho. Ao Professor Dr. Rodrigo Moretti, exemplo de profissional pelo apoio, por ter sido tão solícito e por sua disposição para me ajudar nesta batalha.

“O amor é o sentimento dos seres imperfeitos, posto que a função
do amor é levar o ser humano à perfeição”

Aristóteles

SUMÁRIO

RESUMO	8
ABSTRACT	9
INTRODUÇÃO	10
PERCURSO METODOLÓGICO	13
Fomento do projeto	13
Aspectos éticos.....	14
Características do trabalho em Saúde da Família.....	14
RESULTADOS	15
Análise de dados primários	15
DISCUSSÃO.....	21
CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS.....	28
ANEXO 1 - Normas de publicação da revista Cadernos de Saúde Pública (CSP)	29

RESUMO

Introdução: Analisar o nível de estresse em trabalhadores de Equipe Saúde da Família de importância para identificar as situações estressoras e obter um ponto de partida para despreciação do trabalho no SUS.

Objetivos: Identificar as situações estressoras; obter um ponto de partida para despreciação do trabalho no SUS.

Métodos: Foram analisadas 37 equipes de ESF dos municípios de Coari, Parintins, Manacapuru e São Gabriel da Cachoeira do Estado do Amazonas. Utilizaram-se os dados do projeto “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” e a *Job Stress Scale* para avaliação da pressão do trabalho nestes profissionais.

Resultados: Maior prevalência de Alto Desgaste permaneceu entre os enfermeiros, sendo a RP igual a 3,83 vezes maior que a dos ACS. Sobre o Trabalho Passivo, observou-se maior prevalência entre profissionais que recebem de dois a quatro salários mínimos, com RP igual a 4,37, quando comparados àqueles que recebem menos de um salário mínimo. O trabalho ativo é mais prevalente entre os trabalhadores do sexo masculino, com RP de 2,70, em comparação às trabalhadoras femininas. O Baixo Desgaste tem maior prevalência em trabalhadores entre 31 e 37 anos, com RP de 1,83, assim como nas mulheres ($p < 0,004$).

Conclusões: Na situação de Alto Desgaste o gênero profissão foi estatisticamente relevante, na qual os enfermeiros se sobressaíram. Notou-se maior prevalência do trabalho ativo nos médicos e do passivo nos dentistas.

Palavras-chave: esgotamento profissional, atenção primária, despreciação do trabalho, Amazonas

ABSTRACT

Introduction: To assess the level of stress in workers of the ESF of importance to identify stressful situations and get a starting point to work for the stability of the SUS.

Objectives: To identify stressful situations; get a starting point to work for the SUS stability.

Methods: A total of 37 teams of ESF in the cities of Coari, Parintins, Manacapuru and São Gabriel da Cachoeira in the state of Amazonas. We used data from the project "Family Health within the State of Amazonas and the operationalization of the principles of the SUS" and the Job Stress Scale to assess the pressure of work in these professionals.

Results: Increased prevalence of wear remained high among nurses, PR equal to 3.83 times that of ACS. Work on the passive, we observed a higher prevalence among professionals who receive two to four minimum wages, equal to 4.37 PR, compared to those receiving less than minimum wage. The active work is more prevalent among male workers, with a PR of 2.70, compared to female workers. The low wear is most prevalent among workers between 31 and 37 years with PR of 1.83, as well as in women ($p < 0.004$).

Conclusions: In the situation of High Attrition profession was statistically significant. It was noted too a higher prevalence of active work in doctors and in liabilities dentists.

Keywords: burnout, primary care, for the stability of work, Amazonas

INTRODUÇÃO

O trabalho projeta o ser humano para perspectivas profissionais, sociais e para a realização pessoal. Contudo reconhece-se nos ambientes e processos de trabalho a existência de condições que levam a eventos agressivos à saúde do trabalhador. A partir da Constituição Federal de 1988 e sua regulamentação, com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080 de 1990), o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a ter competência e atribuição legal sobre o processo saúde-doença relacionado ao trabalho e segundo a mesma em seu artigo 6º, parágrafo 3º, “Entende-se por saúde do trabalhador, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho” (MINISTÉRIO DA SAÚDE¹). De fato, os serviços de saúde já prestam atendimentos aos agravos, sendo necessário buscar as suas causas e nelas intervir, ou seja, transcender as ações curativas para as de prevenção, promoção e vigilância em saúde do trabalhador (LOURENÇO, E. A. S. & BERTANI, I. F.²).

O trabalho precário em saúde, especificamente, tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde. Entende-se como trabalho precário aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, o que é desprovido da devida cobertura por normas legais e não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador (MINISTÉRIO DA SAÚDE³). A precarização do trabalho faz parte de um conjunto de tendências muito fortes da economia, as quais, em última instância, decorrem do processo de globalização. É sabido que esta condição alcança desde o Agente Comunitário de Saúde até o médico especialista, entretanto com características e incidências diversas (MINISTÉRIO DA SAÚDE³).

Em uma área considerada essencial, como a saúde, uma situação como esta ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁴). Diante de tal situação, tornou-se necessário um processo de desprecarização do trabalho em saúde, com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador (PORTAL DA SAÚDE – SUS⁵). Para tanto, o Ministério da Saúde criou em 2003 o

Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que tem como objetivo a elaboração de políticas e de formulação de diretrizes para desprecarização do trabalho no sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁴). Para o efetivo sucesso do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, torna-se necessário, preliminarmente, a criação, no âmbito do Ministério da Saúde, de um Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, ao qual caberia elaborar políticas, bem como formular diretrizes a serem implementadas com vistas à resolução das questões que envolvem esta situação além de suas atividades de formulação de políticas nacionais, também apoiar e estimular a criação de Comitês Estaduais e Municipais de Desprecarização do Trabalho no SUS. Por sua vez, os Comitês Estaduais e Municipais tem importância na criação de fóruns de discussão específicos de desprecarização locais, o que contribui para a divulgação e a ampliação do debate das diretrizes orientadas pelo Comitê Nacional, bem como na construção de ações para a desprecarização do trabalho na saúde. Assim sendo, os comitês podem elaborar políticas locais de desprecarização para seus trabalhadores e solucionar mais rapidamente estes problemas (MINISTÉRIO DA SAÚDE⁴).

A partir da definição de trabalho precário, sabe-se que os grupos de doenças que mais causam afastamento do trabalho são as doenças osteomusculares, as lesões e as doenças mentais (BRANCO, A. B. & OLIVEIRA, P. R. A.⁶). Dentro do grupo de doenças mentais, o estresse - que pode ser caracterizado como a soma de respostas físicas e mentais, bem como reações fisiológicas que, quando intensificadas de modo a exceder a capacidade de enfrentamento do indivíduo, transformam-se em reações emocionais negativas (YARKER *et al.*⁷) - ganha importância por um “dogma” ainda presente na sociedade, segundo o qual trabalho, quase sempre, tem uma conotação positiva e o sofrimento ou adoecimento psíquico é visto como um sinal de fraqueza pessoal. Em uma revisão da literatura, PASCHOAL & TAMAYO⁸ apontam que os estressores organizacionais podem ser de natureza física (ventilação, iluminação, etc.) ou psicossociais (fatores intrínsecos ao trabalho, aspectos do relacionamento interpessoal, autonomia ou controle no trabalho, estressores baseados nos papéis - conflito e ambiguidade de papéis - e fatores relacionados ao desenvolvimento de carreira). Mais especificamente, os trabalhadores do SUS encontram particularmente vulneráveis ao estresse, em vista das características do trabalho que desempenham. CARSON & FAGIN⁹ ressaltam que o estresse afeta o cuidado oferecido ao paciente, o

nível de desempenho profissional, a satisfação em relação ao trabalho e a própria saúde destes profissionais.

Adentrando a área do estresse ocupacional, o modelo demanda-controle de Robert Karasek e Töres Theorell tem se tornado referência, propondo que a partir de duas dimensões psicossociais – controle no trabalho e demanda psicológica oriunda do trabalho – identificam-se situações ocupacionais que causam impacto na saúde do indivíduo (ARAÚJO, T. M. *et al*¹⁰). Como forma de mensurar quantitativamente, Robert Karasek foi um dos pioneiros em fazer uso de escalas de medidas para permitir a avaliação de situações que culminem com estresse, procurando nas relações sociais do ambiente de trabalho fontes geradoras e suas repercussões sobre a saúde. Nos anos 70, propôs um modelo teórico bi-dimensional que relacionava dois aspectos – demandas e controle no trabalho – ao risco de adoecimento. As demandas são pressões de natureza psicológica, sejam elas quantitativas, tais como tempo e velocidade na realização do trabalho, ou qualitativas, como os conflitos entre demandas contraditórias. O controle é a possibilidade do trabalhador utilizar suas habilidades intelectuais para a realização de seu trabalho, bem como possuir autoridade suficiente para tomar decisões sobre a forma de realizá-lo (ALVES *et al.*¹¹; THEORELL, T.¹²; THEORELL, T.¹³). A coexistência de grandes demandas psicológicas com baixo controle sobre o processo de trabalho gera alto desgaste (*job strain*) no trabalhador, com efeitos nocivos à sua saúde. Também nociva é a situação que conjuga baixas demandas e baixo controle (Trabalho Passivo), na medida em que podem gerar perda de habilidades e desinteresse. Por outro lado, quando altas demandas e alto controle coexistem, os indivíduos experimentam o processo de trabalho de forma ativa: ainda que as demandas sejam excessivas, elas são menos danosas, na medida em que o trabalhador pode escolher como planejar suas horas de trabalho de acordo com seu ritmo biológico e criar estratégias para lidar com suas dificuldades (THEORELL, T.¹²) A situação “ideal”, de baixo desgaste, conjuga baixas demandas e alto controle do processo de trabalho (ALVES *et al.*¹¹).

O presente estudo tem como intuito analisar o nível de estresse em trabalhadores de Equipe Saúde da Família (ESF) de quatro cidades, contando no total com 37 equipes do Estado do Amazonas, no Brasil, localizando assim as situações estressoras para obter-se um ponto de partida fidedigno buscando a despreciação do trabalho no SUS. Fazendo uso, para tal objetivo, a “*job stress scale*” de Karasek.

PERCURSO METODOLÓGICO

Foram selecionados quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, cujas peculiaridades poderiam modificar o funcionamento da atenção primária. Coari, Região do Médio Solimões, foi escolhido por ser um município de cerca de 70 mil habitantes, e ter o quarto maior Produto Interno Bruto da Região Norte do Brasil, em função da extração de gás natural. Onze equipes da Equipe de Saúde da Família (ESF) atuam na zona urbana, existindo uma unidade de saúde completamente equipada para cada uma destas. Parintins é a segunda maior cidade do Estado, com projeção nacional e internacional em função do ‘Festival Folclórico do Boi’, evento considerado patrimônio cultural da humanidade. A rede de atenção primária é composta por vinte e duas equipes da ESF, sendo onze na zona urbana. Manacapuru foi incluído por ser um município que tem acesso geográfico terrestre à capital, apresentando vinte e duas equipes de Saúde da Família, sendo dez na zona urbana. São Gabriel da Cachoeira, Região do Alto Solimões, tem 99% de população indígena, representando 9% desta população brasileira. Possui quatro equipes da ESF atuando em zona urbana. As distâncias destes municípios para a capital são respectivamente 353km, 315km, 70km e 852km.

Procedeu-se um censo das 37 equipes da ESF que atuam na zona urbana dos municípios. A composição mínima preconizada das equipes de Saúde da Família na época da coleta dos dados era de um médico, um enfermeiro, um dentista e oito Agente Comunitário de Saúde (ACS), totalizando 11 profissionais por equipe. Esperava-se encontrar uma população de 407 profissionais (88 ACS, 37 enfermeiros, 37 médicos e 37 dentistas).

Fomento do projeto

Utilizaram-se os dados do projeto intitulado “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS”, coordenado pelo Dr. Rodrigo Moretti, fomentado pelo CNPq (COSAU/CGSAU/DABS) sob protocolo 470165/2008-1 (Edital MCT/CNPq 14/2008 - Universal / Edital MCT/CNPq 14/2008 - Universal - Faixa C - De R\$ 50.001,00 até R\$ 150.000,00), com valor final deferido e aprovado em R\$ 145.854,70.

Aspectos éticos

Os entrevistados foram recrutados individualmente, através do contato com um dos pesquisadores em seus serviços. Todos os entrevistados participaram após registro formal no termo de consentimento livre e esclarecidos, em duas vias. Ressalta-se que o presente estudo respeitou as normas de pesquisa envolvendo seres humanos com base a partir da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina - Projeto “Saúde da Família no interior do Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS” (Protocolo ético 121/2009).

Características do trabalho em Saúde da Família

Na presente investigação, utilizou-se de instrumento quantitativo que congregou questões sobre o processo de trabalho em Saúde da Família, a partir dos achados da etapa qualitativa, e a *Job Stress Scale* para avaliação da pressão do trabalho nestes profissionais.

Os dados foram coletados em janeiro e fevereiro de 2010, por uma equipe de oito entrevistadores de campo, que passaram por treinamento em dezembro de 2009, na cidade de Manaus. Todos os entrevistadores eram pós-graduandos.

Para a análise dos dados utilizou-se o programa Stata SE 9.0. Levou-se em conta o efeito do delineamento, através da identificação da variável turma como unidade amostral, utilizando-se a opção *survey PSU (Primary Sample Unity)* do Stata. As estimativas fornecidas pela análise bivariada foram expressas como Razão de Prevalências (RP) e a significância estatística foi verificada através de teste qui-quadrado e teste para tendência linear para variáveis ordinais. Optou-se por utilizar-se RP, já que o *Odds Ratio* tende a superestimar esta em estudos transversais. Na análise multivariada utilizou-se regressão de Poisson, que permite as estimativas das razões de prevalências, pelo método *stepwise forward*. Em todas as análises considerou-se o efeito do desenho amostral utilizando-se o conjunto de comandos *svy* do Stata. Incluíram-se as variáveis associadas ao desfecho, a um nível de significância menor ou igual a 0,20. Permaneceram no modelo as variáveis associadas ao desfecho a um nível de significância menor ou igual a 0,05, verificado através do teste de Wald.

RESULTADOS

Análise de dados primários

Com base nos achados empíricos da etapa qualitativa desta pesquisa avaliativa, elegeram-se para mensuração características do trabalho na ESF que se mostraram relevantes nos municípios investigados.

O levantamento de características do trabalho em Saúde da Família nos quatro municípios investigados foi empreendido entre janeiro e março de 2010, com todos os profissionais da rede inseridos há pelo menos seis meses na ESF.

O alto desgaste caracteriza-se por uma grande demanda de atividades, mas um baixo controle, havendo prejuízos para o trabalho criativo e humano dos profissionais.

O Trabalho Passivo indica que a demanda é baixa assim como o controle, de forma que o profissional que nele se enquadra subutilize suas habilidades e não as reflita em sua produção.

Trabalho Ativo é aquele em que, apesar da grande demanda que desgasta o trabalhador, há um componente criativo pelo alto controle que o profissional detem no processo.

O melhor tipo de pressão é o baixo desgaste, em que o exercício da criatividade se expressa não apenas pelo controle sobre o processo, como também pela existência de tempo para desempenhá-lo pela baixa demanda.

Tabela 1 - Análises brutas e multivariadas entre Alto desgaste e características do trabalho na ESF em quatro municípios do Estado do Amazonas, 2010.

Variáveis	RP _{bruta} (IC95%)	p-valor	RP _{ajustada} (IC95%)	p-valor
Profissão				
ACS	1,00		1,00	
Enfermeiro	3,30 (0,93 – 11,71)	0,065	3,83 (1,03 – 8,38)	0,049
Médico	0,91 (0,38 – 2,18)	0,845	1,36 (0,53 – 3,49)	0,513
Dentista	0,27 (0,05 – 1,44)	0,128	0,32 (0,05 – 1,84)	0,407
Sexo				
Masculino	1,00			
Femino	1,06 (0,62 – 1,80)	0,819	†	†
Idade				
38 – 51 anos	1,00		1,00	
31 – 37 anos	1,01 (0,48 – 2,12)	0,975	1,10 (0,50 – 2,43)	0,803
25 – 30 anos	2,51 (1,25 – 5,04)	0,010	2,77 (1,29 – 5,94)	0,008
19 – 24 anos	2,12 (1,03 – 4,32)	0,039	2,34 (1,09 – 5,04)	0,029
Salário (R\$)				
< 465,00	1,00		†	†
465,00 – 930,00	0,93 (0,53 – 1,63)	0,817		
930,00 – 1.860,00	0,58 (0,28 – 1,22)	0,257		
1.860,00 – 3.000,00	0,49 (0,05 – 4,11)	0,515		
>3.000,00	0,30 (0,32 – 1,65)	0,451		

Tipo de vínculo				
Concurso	1,00		1,00	
Temporário	1,27 (0,90 – 1,80)	0,167	1,28 (0,85 – 1,91)	0,226
Tempo no vínculo				
< 1 ano	1,00		1,00	
1 a 5 anos	0,65 (0,39 – 1,07)	0,018	0,83 (0,55 – 1,24)	0,365
6 a 10 anos	0,46 (0,21 – 1,01)	0,052	0,72 (0,30 – 1,74)	0,304
> 10 anos	0,34 (0,07 – 1,54)	0,168	0,97 (0,17 – 5,54)	0,977
Sente sobrecarga profissional				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,52 (0,94 – 2,45)	0,083	1,53 (0,76 – 3,05)	0,226
Quantidade de atividades				
Na medida da função	1,00		1,00	
Maior do que sua função	1,37 (0,87 – 2,16)	0,166	0,56 (0,28 – 1,13)	0,111
Quantidade de profissionais				
Suficientes	1,00		1,00	
Insuficientes	2,31 (1,44 – 3,70)	0,000	2,21 (1,07 – 3,10)	0,027
Trabalho em equipe				
Como preconizado	1,00		1,00	
Distante do preconizado	0,67 (0,42 – 1,06)	0,091	2,22 (1,93 – 5,10)	0,050
Aperfeiçoamento profissional				
É oferecido pela Gestão	1,00		†	†
Não é oferecido pela Gestão	0,92 (0,56 – 1,50)	0,749		
Relação opressiva do Gestor				
Não	1,00		†	†
Sim	0,98 (0,62 – 1,55)	0,957		
Cobrança exaustiva do Gestor				
Não	1,00		†	†
Sim	1,14 (0,91 – 1,43)	0,251		
Segurança clínica pessoal				
Possui	1,00		1,00	
Não possui	0,73 (0,46 – 1,15)	0,185	1,85 (0,67 – 5,10)	0,232
Insegurança sobre demissão				
Sim	1,00		†	†
Não	1,01 (0,63 – 1,63)	0,948		
Estrutura física suficiente na ESF				
Dispõe	1,00		1,00	
Não dispõe	1,67 (1,04 – 2,65)	0,031	0,85 (0,33 – 2,23)	0,755
Rotatividade dos profissionais				
(Baixa) Sim	1,00		1,00	
(Alta) Não	1,64 (1,02 – 2,77)	0,041	2,17 (1,20 – 3,91)	0,010
Horas trabalhadas				
Cumpra as contratadas	1,00		†	†
Excede as contratadas	0,75 (0,48 – 1,18)	0,225		
Remuneração				
Adequada (Sim)	1,00		†	†
Inadequada (Não)	1,01 (0,63 – 1,63)	0,935		
Condições de trabalho				
Suficientes	1,00		1,00	
Insuficientes	1,85 (1,16 – 2,95)	0,009	1,37 (0,50 – 3,79)	0,533
Assistência médica pelo empregador				
Dispõe	1,00		1,00	
Não dispõe	2,62 (1,46 – 4,69)	0,001	1,29 (0,49 – 3,40)	0,593

RP: Razão de Prevalência; † não inserido na análise multivariada por apresentar $p > 0,20$ na análise bivariada

Após análise multivariada, observou-se que a maior prevalência de alto desgaste permaneceu entre os enfermeiros, sendo a RP igual a 3,83 vezes maior que a dos ACS (IC95%: 1,03; 8,38). Esta prevalência também foi mais elevada entre os profissionais

entre 25 e 30 anos ($p < 0,08$); onde existem profissionais em quantidade insuficiente ($p < 0,05$) e com alta rotatividade dos profissionais na ESF ($p < 0,01$).

Tabela 2 - Análises brutas e multivariadas entre Trabalho Passivo e características do trabalho na ESF em quatro municípios do Estado do Amazonas, 2010.

Variáveis	RP _{bruta} (IC95%)	p-valor	RP _{ajustada} (IC95%)	p-valor
Profissão				
ACS	1,00			
Enfermeiro	0,83 (0,24 – 2,82)	0,777	†	†
Médico	0,89 (0,43 – 1,85)	0,767		
Dentista	2,51 (0,90 – 7,01)	0,077		
Sexo				
Masculino	1,00		†	†
Femino	1,22 (0,79 – 1,88)	0,358		
Idade				
38 – 51 anos	1,00		1,00	
31 – 37 anos	0,33 (0,19 – 0,57)	<0,001	0,32 (0,18 – 0,59)	< 0,001
25 – 30 anos	0,51 (0,29 – 0,88)	0,016	0,42 (0,22 – 0,79)	0,007
19 – 24 anos	0,29 (0,16 – 0,52)	<0,001	0,28 (0,14 – 0,54)	< 0,001
Salário (R\$)				
< 465,00	1,00		1,00	
465,00 – 930,00	1,42 (0,87 – 2,32)	0,155	1,32 (0,61 – 2,84)	0,472
930,00 – 1.860,00	6,71 (3,70 – 12,18)	<0,001	4,37 (2,16 – 8,83)	< 0,001
1.860,00 – 3.000,00	0,91 (0,17 – 4,64)	0,914	4,29 (2,13 – 8,64)	< 0,001
>3.000,00	3,56 (1,85 – 6,83)	<0,001	2,19 (0,13 – 5,33)	0,051
Tipo de vínculo				
Concurado	1,00		†	†
Temporário	0,94 (0,70 – 1,28)	0,757		
Tempo no vínculo				
< 1 ano	1,00		1,00	
1 a 5 anos	2,76 (1,70 – 4,45)	< 0,001	2,17 (1,20 – 2,92)	0,010
6 a 10 anos	2,40 (1,27 – 4,52)	0,007	1,65 (0,73 – 3,17)	0,233
> 10 anos	4,39 (1,59 – 2,15)	0,004	1,22 (0,33 – 4,69)	0,767
Sente sobrecarga profissional				
Não	1,00		†	†
Sim	1,05 (0,72 – 1,55)	0,769		
Quantidade de atividades				
Na medida da função	1,00		1,00	
Maior do que sua função	1,48 (1,01 – 2,15)	0,042	1,40 (0,63 – 3,07)	0,398
Quantidade de profissionais				
Suficientes	1,00		†	†
Insuficientes	1,02 (0,70 – 1,49)	0,878		
Trabalho em equipe				
Como preconizado	1,00		†	†
Distante do preconizado	1,25 (0,86 – 1,82)	0,231		
Aperfeiçoamento profissional				
É oferecido pela Gestão	1,00		1,00	
Não é oferecido pela Gestão	1,43 (0,94 – 2,16)	0,088	2,16 (0,98 – 4,76)	0,054
Relação opressiva do Gestor			†	†
Não	1,00			
Sim	1,21 (0,83 – 1,76)	0,321		
Cobrança exaustiva do Gestor				
Não	1,00		†	†
Sim	1,03 (0,91 – 1,18)	0,563		
Segurança clínica pessoal				
Possui	1,00		1,00	
Não possui	1,33 (0,90 – 1,97)	0,139	2,30 (1,10 – 4,79)	0,026
Insegurança sobre demissão				
Sim	1,00		1,00	
Não	2,64 (1,77 – 3,92)	< 0,001	2,63 (1,20 – 5,78)	0,015
Estrutura física suficiente na ESF				
Dispõe	1,00		1,00	
Não dispõe	1,51 (1,02 – 2,24)	0,037	1,94 (0,98 – 4,76)	0,072

Rotatividade dos profissionais				
(Baixa) Sim	1,00		1,00	
(Alta) Não	2,19 (1,42 – 3,38)	< 0,001	0,43 (0,20 – 0,93)	0,032
Horas trabalhadas				
Cumpra as contratadas	1,00		†	†
Excede as contratadas	1,25 (0,86 – 1,82)	0,231		
Remuneração				
Adequada (Sim)	1,00		†	†
Inadequada (Não)	1,32 (0,91 – 3,92)	0,236		
Condições de trabalho				
Suficientes	1,00		†	†
Insuficientes	1,14 (0,76 – 1,70)	0,515		
Assistência médica pelo empregador				
Dispõe	1,00		†	†
Não dispõe	1,67 (0,97 – 3,87)	0,261		

RP: Razão de Prevalência; † não inserido na análise multivariada por apresentar $p > 0,20$ na análise bivariada

Em relação ao Trabalho Passivo, a análise multivariada revelou que a categoria profissão não está associada, observando-se a maior prevalência entre profissionais que recebem de dois a quatro salários mínimos, com uma RP igual a 4,37 (IC95%: 2,16; 8,83), quando comparados com aqueles que recebem menos de um salário mínimo. Esta prevalência também foi mais elevada entre os profissionais entre 38 e 51 anos, trabalhando no mesmo emprego em um período de 1 a 5 anos ($p < 0,01$), que possuem segurança clínica pessoal para resolução dos casos ($p < 0,015$), em locais em que hajam alta rotatividade de profissionais na ESF ($p < 0,032$).

Tabela 3 - Análises brutas e multivariadas entre Trabalho ativo e características do trabalho na ESF em quatro municípios do Estado do Amazonas, 2010.

Variáveis	RP _{bruta} (IC95%)	p-valor	RP _{ajustada} (IC95%)	p-valor
Profissão				
ACS	1,00		†	†
Enfermeiro	2,00 (0,11 – 34,09)	0,632		
Médico	4,02 (0,53 – 30,17)	0,176		
Dentista	1,14 (0,06 – 19,13)	0,926		
Sexo				
Feminino	1,00		1,00	
Masculino	2,46 (1,31 – 4,63)	0,005	2,70 (1,36 – 5,39)	0,005
Idade				
38 – 51 anos	1,00		1,00	
31 – 37 anos	2,18 (0,88 – 5,41)	0,091	1,85 (0,68 – 5,00)	0,222
25 – 30 anos	0,63 (0,19 – 2,06)	0,450	0,72 (0,19 – 2,74)	0,640
19 – 24 anos	2,21 (0,86 – 5,67)	0,098	1,53 (0,54 – 4,34)	0,421
Salário (R\$)				
< 465,00	1,00		1,00	
465,00 – 930,00	0,43 (0,18 – 1,01)	0,054	0,29 (0,12 – 0,72)	0,008
930,00 – 1.860,00	0,48 (0,18 – 1,30)	0,153	0,56 (0,16 – 1,90)	0,350
1.860,00 – 3.000,00	0,89 (0,10 – 7,50)	0,917	1,21 (0,08 – 17,7)	0,886
> 3.000,00				
Tipo de vínculo				
Concursado	1,00		†	†
Temporario	0,89 (0,54 – 1,47)	0,674		
Tempo no vínculo				

< 1 ano	1,00		†	†
1 a 5 anos	0,91 (0,44 – 1,88)	0,819		
6 a 10 anos	1,72 (0,73 – 4,07)	0,217		
> 10 anos	0,42 (0,55 – 3,95)	0,256		
Sente sobrecarga profissional				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,57 (0,31 – 1,05)	0,072	0,66 (0,22 – 2,01)	0,475
Quantidade de atividades				
Na medida da função	1,00		†	†
Maior do que sua função	1,20 (0,65 - 2,21)	0,540		
Quantidade de profissionais				
Suficientes	1,00			
Insuficientes	0,71 (0,38 – 1,31)	0,277	†	†
Trabalho em equipe				
Como preconizado	1,00			
Distante do preconizado	0,96 (0,52 – 1,76)	0,899	†	†
Aperfeiçoamento profissional				
É oferecido pela Gestão	1,00			
Não é oferecido pela Gestão	0,71 (0,37 – 1,34)	0,298	†	†
Relação opressiva do Gestor				
Não	1,00		1,00	
Sim	1,60 (0,84 – 3,05)	0,148	1,58 (0,68 – 3,65)	0,278
Cobrança exaustiva do Gestor				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,37 (0,18 – 0,77)	0,009	1,26 (0,71 – 2,22)	0,420
Segurança clínica pessoal				
Possui	1,04 (0,56 – 1,94)	0,880	†	†
Não possui				
Insegurança sobre demissão				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,50 (0,24 – 1,04)	0,067	0,33 (0,14 – 0,76)	0,009
Estrutura física suficiente na ESF				
Dispõe	1,00		1,00	
Não dispõe	0,59 (0,29 – 1,20)	0,151	0,36 (0,16 – 0,80)	0,012
Rotatividade dos profissionais				
(Baixa) Sim	1,00			
(Alta) Não	1,48 (0,28 - 1,39)	0,252	†	†
Horas trabalhadas				
Cumpra as contratadas	1,00		†	†
Excede as contratadas	0,96 (0,52 – 1,76)	0,899		
Remuneração				
Adequada (Sim)	1,00	0,902	†	†
Inadequada (Não)	0,96 (0,52 – 1,75)			
Condições de trabalho				
Suficientes	1,00		†	†
Insuficientes	0,83 (0,42 – 1,63)	0,604		
Assistência médica pelo empregador				
Dispõe	0,27 (0,06 – 1,18)	0,084	†	†
Não dispõe				

RP: Razão de Prevalência; † não inserido na análise multivariada por apresentar $p > 0,20$ na análise bivariada

O Trabalho Ativo é mais prevalente entre os trabalhadores do sexo masculino, com RP de 2,70 (IC95%: 1,36; 5,39), em comparação com as trabalhadoras femininas. A prevalência é maior entre os trabalhadores que recebem menos de um salário mínimo ($p < 0,008$) e entre os que não sentem insegurança sobre demissões ($p < 0,009$). Os trabalhadores cujas estruturas físicas da ESF são consideradas suficientes para o trabalho também apresentam maior prevalência de trabalho ativo ($p < 0,012$).

Tabela 4 - Análises brutas e multivariadas entre Baixo desgaste e características do trabalho na ESF em quatro municípios do interior do Estado do Amazonas, 2010.

Variáveis	RP _{bruta} (IC95%)	p-valor	RP _{ajustada} (IC95%)	p-valor
Profissão				
ACS	1,00		1,00	
Enfermeiro	0,23 (0,04 – 1,19)	0,081	0,11 (0,01 – 1,63)	0,111
Médico	0,83 (0,39 – 1,74)	0,627	0,33 (0,4 – 2,75)	0,311
Dentista	0,66 (0,22 – 1,96)	0,462	1,25 (0,21 – 5,70)	0,787
Sexo				
Feminino	1,00		1,00	
Masculino	0,46 (0,28 – 0,77)	0,003	0,45 (0,26 – 0,77)	0,004
Idade				
38 – 51 anos	1,00		1,00	
31 – 37 anos	2,38 (1,35 – 4,21)	0,003	1,83 (1,16 – 2,88)	0,009
25 – 30 anos	1,24 (0,67 – 2,30)	0,488	0,92 (0,44 – 1,93)	0,836
19 – 24 anos	1,64 (0,89 – 3,02)	0,108	1,40 (0,65 – 3,05)	0,384
Salário (R\$)				
< 465,00	1,00		1,00	
465,00 – 930,00	1,03 (0,64 – 1,66)	0,874	0,13 (0,21 – 1,03)	0,061
930,00 – 1.860,00	0,13 (0,41 – 0,34)	< 0,001	0,20 (0,07 – 0,54)	0,001
1.860,00 – 3.000,00	1,69 (0,41 – 6,96)	0,462	0,50 (0,03 – 6,66)	0,605
>3.000,00	0,59 (0,29 – 1,21)	0,157	0,17 (0,25 – 1,19)	0,076
Tipo de vínculo				
Concursado	1,00		†	†
Contratado	0,90 (0,66 – 1,24)	0,544		
Tempo no vínculo				
< 1 ano	1,00		1,00	
1 a 5 anos	0,54 (0,34 – 0,84)	0,007	0,54 (0,20 – 1,46)	0,222
6 a 10 anos	0,58 (0,31 – 1,08)	0,090	1,50 (0,48 – 4,68)	0,483
> 10 anos	0,71 (0,25 – 2,01)	0,524		
Sente sobrecarga profissional				
Não	1,00		†	†
Sim	0,88 (0,59 – 1,30)	0,529		
Quantidade de atividades				
Na medida da função	1,00		1,00	
Maior do que sua função	0,46 (0,30 – 0,69)	< 0,001	0,66 (0,31 – 1,40)	0,285
Quantidade de profissionais				
Suficientes	1,00		1,00	
Insuficientes	0,60 (0,40 – 0,89)	0,012	0,94 (0,46 – 1,99)	0,921
Trabalho em equipe				
Como preconizado	1,00			
Distante do preconizado	1,05 (0,71 – 1,55)	0,780	†	†
Aperfeiçoamento profissional				
É oferecido pela Gestão	1,00			
Não é oferecido pela Gestão	0,83 (0,54 – 1,26)	0,394	†	†
Relação opressiva do Gestor				
Sim	1,00		1,00	
Não	0,68 (0,46 – 1,00)	0,054	0,94 (0,47 – 1,87)	0,876
Cobrança exaustiva do Gestor				
Não	1,00		1,00	
Sim	0,57 (0,38 – 0,86)	0,008	0,89 (0,64 – 1,25)	0,531
Segurança clínica pessoal				
Possui	1,00		†	†
Não possui	0,90 (0,60 – 1,34)	0,623		
Insegurança sobre demissão				
Sim	1,00		1,00	

Não	0,40 (0,25 – 0,64)	< 0,001	1,05 (0,49 – 2,27)	0,883
Estrutura física suficiente na ESF				
Dispõe	1,00		1,00	
Não dispõe	0,49 (0,32 – 0,77)	0,002	0,39 (0,20 – 0,76)	0,006
Rotatividade dos profissionais				
(Baixa) Sim	1,00		1,00	
(Alta) Não	0,25 (0,14 – 0,46)	< 0,001	0,46 (0,19 – 1,14)	0,098
Horas trabalhadas				
Cumpra as contratadas	1,00			
Excede as contratadas	0,91 (0,62 – 1,35)	0,665	†	†
Remuneração				
Adequada (Sim)	1,00		1,00	
Inadequada (Não)	0,56 (0,37 – 0,83)	0,005	0,38 (0,21 – 1,08)	0,065
Condições de trabalho				
Suficientes	1,00		1,00	
Insuficientes	0,55 (0,25 – 0,86)	0,01	0,74 (0,24 – 2,26)	0,606
Assistência médica pelo empregador				
Dispõe	1,00		1,00	
Não dispõe	0,24 (0,10 – 0,54)	0,001	1,24 (0,38 – 4,09)	0,713

RP: Razão de Prevalência; † não inserido na análise multivariada por apresentar $p > 0,20$ na análise bivariada

O baixo desgaste tem maior prevalência entre os trabalhadores entre 31 e 37 anos, com RP de 1,83 (IC95%: 1,16; 2,88), assim com nas mulheres ($p < 0,004$), nos trabalhadores que recebem menos de um salário mínimo ($p < 0,001$) e entre os que dispõem de estruturas físicas suficientes na ESF ($p < 0,006$).

DISCUSSÃO

Os trabalhadores da área da saúde constituem uma categoria especialmente exposta ao esgotamento profissional em virtude de lidar diariamente com as moléstias da população. Em uma área considerada essencial, uma situação como esta gera desmotivação e pode comprometer as políticas públicas de saúde. Segundo SEGANTIN & MAIA¹⁴, a saúde do trabalhador se define não de forma homogênea, mas por metas e eixos de ação, dentre os quais a luta pela saúde é produzida nas transformações dos processos, na eliminação dos riscos e na superação das condições precárias de trabalho.

Com relação a pressão no trabalho na ESF, os dados apontam que entre os enfermeiros, o alto desgaste, aquele de alta demanda e menor controle é prevalente para a maioria. Os dentistas apresentam-se como a categoria de Trabalho Passivo mais prevalente, com menor demanda e menor controle, o que pode estar relacionado às características de seu trabalho na ESF, que se limita na maioria das vezes à ação clínica em consultório odontológico. Já os médicos apresentam alto desgaste, o que implica em grande demanda e pouco controle, gerando a hipótese de que o déficit de profissionais

assim como a exigência de um número de consultas realizadas podem ser moduladores deste fenômeno.

Em estudos prévios, encontra-se 56,1% dos enfermeiros na categoria de exposição intermediária ao esgotamento profissional, tornando-se um grupo predominantemente de alta exposição ao estresse laboral e consequentemente com maior risco para o adoecimento (SCHIMIDT *et al*¹⁵). Dados estes, que vem ao encontro do presente estudo, mostraram que a maior prevalência de alto desgaste foi detectada no grupo de trabalho em questão (Tabela 1). Todos os indivíduos estão expostos à influência do estresse, seja na esfera orgânica, psíquica ou social, como tem sido mostrado por pesquisas recentes, porém os enfermeiros possuem atribuições inúmeras designadas pelo Ministério da Saúde, exigindo-lhes atividades de apoio, supervisão de trabalho dos auxiliares e técnicos de enfermagem, bem como assistência direta às pessoas enfermas (STACCIARINI & TRÓCCOLI¹⁶; MUROFUSE *et al*¹⁷). Todavia, BARTRAM *et al.*¹⁸, em estudo realizado com 157 enfermeiras de hospital privado de Melbourne, na Austrália, cita que o apoio dos supervisores e o bom relacionamento da equipe diminuíram consideravelmente o estresse, enquanto aumentaram a satisfação no trabalho (BARTRAM *et al*¹⁸). Cabe mencionar que os trabalhadores jovens entre 25 e 30 anos também apresentaram elevada prevalência de alto desgaste (Tabela 1). Adultos mais velhos tendem a considerar os enfrentamentos como menos estressantes, por julgarem-se menos responsáveis por eles, sendo essa a importante ferramenta que contribui para a saúde mental dos mais velhos (FONTES *et al*¹⁹).

Em relação ao Trabalho Passivo, observou-se que o gênero profissão não está associada a estas situações de baixa demanda e baixo controle, fato esse já observado em estudo prévio (BRAGA *et al*²⁰), todavia os profissionais que possuem honorários entre dois e quatro salários mínimos apresentaram alta prevalência, a qual também foi mais elevada entre os profissionais entre 38 e 51 anos. Observa-se, porém, que segundo TAMAYO & TRÓCCOLI²¹ políticas de ascensão salarial também tem repercussões redutoras sobre a exaustão emocional, enquanto GUIMARÃES *et al*²² refere que as condições de trabalho e o salário se constituem nos principais motivos de insatisfação.

No que diz respeito a situações de alta demanda e alto controle - que geram Trabalho Ativo-, sua maior prevalência foi observada em trabalhadores do sexo masculino (Tabela 3), fato discordante de um estudo realizado com professores da área

da saúde que evidenciou o sexo masculino apresentando baixo controle sobre o trabalho e baixo apoio social por parte de colegas e chefes. Tal dado permite supor que os homens, de maneira geral, são menos comunicativos no ambiente de trabalho, o que pode interferir nas relações interpessoais e repercutir no controle sobre o trabalho (PITTHAN²³). O processo de trabalho de forma ativa – com demandas excessivas - tem impactos menos danosos, uma vez que o trabalhador pode criar estratégias para lidar com as dificuldades de planejar suas horas de trabalho de acordo com o seu ritmo biológico. Contudo, a segunda maior prevalência de Transtornos Mentais Comuns foi observada nos trabalhadores classificados no grupo de Trabalho Ativo, o que também vai ao encontro dos resultados de outros estudos (ARAÚJO *et al.*²⁴; NASCIMENTO *et al.*²⁵; REIS *et al.*²⁶). Outros dados de relevância nos resultados apresentados são a maior prevalência do Trabalho Ativo entre profissionais que recebem menos de um salário mínimo; entre profissionais que não sentem insegurança sobre demissões, devido à estabilidade laboral; e entre os trabalhadores cujas estruturas físicas da ESF são consideradas suficientes para o trabalho.

A conjuntura que seria considerada ideal é a de baixo desgaste, a qual conforme já arraigado na literatura apresenta menor risco à saúde, enquanto a situação de elevado desgaste ostenta maior risco (ARAÚJO *et al.*²⁴; NASCIMENTO *et al.*²⁵; REIS *et al.*²⁶). No presente estudo, foi constatado que o baixo desgaste teve maior prevalência em mulheres, conforme PITTHAN²³, que evidencia a relação positiva entre o sexo feminino e o alto controle sobre o trabalho. Pode-se, então, empiricamente afirmar que o sexo feminino lida melhor com as demandas profissionais.

Salienta-se a relação entre os fatores envolvidos no processo de trabalho - demanda psicológica, controle sobre o trabalho - discutidos neste estudo e que podem favorecer a exposição ao estresse. Entretanto, deve-se considerar que, por vezes, indivíduos expostos às mesmas situações não o percebem. Justifica-se que o estresse pode ser percebido de diferentes maneiras pelos indivíduos, podendo tanto desencadear sensações de estímulo e motivação, impulsionando o crescimento do profissional, quanto desencadear sobrecarga e exaustão, desestimulando e incapacitando o trabalhador para o trabalho (COOPER *et al.*²⁷). Porém, quando o trabalho é adaptado às condições físicas e psíquicas do trabalhador e garante controle de riscos ocupacionais, favorece o alcance de metas e a realização pessoal do indivíduo no trabalho, o que

aumenta sua satisfação e autoestima (DOLAN, S. L.²⁸).

Faz-se necessário tecer algumas considerações metodológicas quanto ao estudo transversal. Inicialmente, devem-se apontar os limites desses estudos, nos quais se coletam os dados pertinentes dos membros participantes, e somente na sua análise formam-se os grupos, pois é nesta fase que são conhecidos os indivíduos expostos e não-expostos, sadios ou doentes. O estudo transversal examina a relação exposição-doença em uma dada população ou amostra, em um momento particular, fornecendo um retrato de como as variáveis estão relacionadas naquele momento. Por isso, esse tipo de estudo não estabelece nexos causal e apenas aponta a associação entre as variáveis estudadas (PEREIRA²⁹). Em contrapartida, o lado positivo dos estudos transversais é o alto potencial descritivo, que serve como subsídio ao planejamento em saúde (ANVISA³⁰), um instrumento importante para o desenvolvimento adequado do SUS.

CONCLUSÃO

Durante este trabalho pode-se perceber que foi encontrada grande quantidade de estudos com enfoque nos trabalhadores da área da Enfermagem Hospitalar e com Agentes de Saúde da Família em ambiente de atenção primária. Enfatiza-se, então, a necessidade de realização de mais pesquisas com trabalhadores de outras categorias da atenção primária, com o intuito de desenvolver, orientar e maximizar estratégias de despreciação do trabalho no SUS. Tais medidas objetivam reduzir a insatisfação, a diminuição da produtividade, a incidência de doenças ocupacionais e, por conseguinte, diminuir a má assistência à saúde da população na atenção primária.

Concluiu-se também que a única situação em que o gênero profissão foi estatisticamente relevante foi na de alto desgaste em que os enfermeiros sobressaíram-se. Nas demais situações, outras categorias como o sexo e a idade mostraram-se mais relevantes estatisticamente para o estudo. Notou-se, ainda, a maior prevalência do Trabalho Ativo nos médicos e do Trabalho Passivo nos dentistas. Outra forma, percebeu-se que este estudo é pioneiro no sentido de fornecer características detalhadas de todos os grupos de trabalhadores da atenção primária, de sua percepção de estresse e de suas condições de trabalho nos quatro municípios pesquisados no interior do estado do Amazonas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde do(a) Trabalhador(a)**. Brasília. 2004. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30426&janela=1. Acesso em: 30 de abril de 2012.

2-LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, I. F. **Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo, 32 (115): 121-134, 2007.

3-MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das relações de trabalho no SUS**. Brasília. 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_seminario_desprecarizacao.pdf Acesso em: 09 de maio de 2012.

4-MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Desprecarização do trabalho no SUS: Perguntas e Respostas**. Brasília. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desprec_cart.pdf Acesso em: 09 de maio de 2012.

5-PORTAL DA SAÚDE – SUS. **Desprecarização do trabalho no SUS**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1285 Acesso em: 09 de maio de 2012.

6-BRANCO, A. B.; OLIVEIRA, P. R. A. **Prevalência de incapacidade para o trabalho no setor de saúde no Brasil**. Revista Tempus Acta de Saúde Coletiva. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/929/939>. Acesso em: 30 de abril de 2012.

7-YARKER, J.; DONALDSON-FEILDER, E.; FLAXMAN, P. *Management competencies for preventing and reducing stress at work: Identifying and developing the management behaviours necessary to implement the HSE Management Standards*. Health and Safety Executive Books. 2007. Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr553.pdf> Acesso em: 30 de abril de 2012.

8-PASCHOAL; T; TAMAYO, A. **Ergonomia, estresse e trabalho: Validação da escala de estresse no trabalho**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf> Acesso em: 30 de Abril de 2012.

9-CARSON, J.; FAGIN, L. *Stress in mental health professionals: a cause for concern or an inevitable part of the job*. International Journal of Social Psychiatry, 42(2), 79-81. 1996

- 10-ARAÚJO, T. M.; GRAÇA, C. C.; ARAÚJO, E. **Estresse ocupacional e saúde: contribuições do modelo demanda – controle.** *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(4), 991-1003. 2003.
- 11-ALVES, M. G. M.; CHOR, D.; FAERSTEIN, E.; LOPES, C. S.; WERNECK, G. L. **Versão resumida da “job stress scale”: adaptação para o português.** *Rev. Saúde Pública*, 38 (2): 164-71, 2004.
- 12-THEORELL, T. *The demand-control-support model for studying health in relation to the work environment: an interactive model.* In: *Orth-Gómer K, Schneiderman N, editors. Behavioral medicine approaches to cardiovascular disease.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; p. 69-85. 1996.
- 13-THEORELL, T. *Working conditions and health.* In: *Berkman L, Kawachi I, editors.* Social epidemiology. New York: Oxford University Press; p. 95-118. 2000.
- 14-SEGANTIN, B. G. O.; MAIA, E. M. F. L. **Estresse vivenciado pelos profissionais que trabalham na saúde.** Instituto de Ensino Superior de Londrina. Londrina, 2007. Disponível em: http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_5_1247866839.pdf Acesso em: 09 de maio de 2012.
- 15-SCHIMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P.; LAUS, A. M. **Estresse ocupacional entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico.** *Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2009 Abr-Jun; 18(2): 330-7.
- 16-STACCIARINI, J. M. R.; TRÓCCOLI, B. T. **O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro.** *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 2001; 9(2): 17-25.
- 17-MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A. A. **Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem.** *Revista Latinoamericana de Enfermagem* 2005; 13(2): 255-61.
- 18-BARTRAM, T.; JOINER, T. A.; STATON, P. *Factors affecting the job stress and job satisfaction of Australian nurses: implications for recruitment and retention.* *Contemp Nurse*. 2004; 17(3): 293-304.
- 19-FONTES, A. P.; NERI, A. L.; YASSUDA, M. S. **Enfrentamento de Estresse no Trabalho: Relações entre Idade, Experiência, Autoeficácia e Agência.** *Psiocologia, Ciência e Profissão*, 2010, 30 (3): 620-633.

20-BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. **Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP)**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1): 1585-1596, 2010.

21-TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. **Exaustão Emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho**. *Estudos de Psicologia*, vol 7, no. 1:37-46, Brasília, 2002.

22-GUIMARÃES, J. M. X.; JORGE, M. S. B.; ASSIS, M. A. **(In)satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em Centros de Atenção Psicossocial**. *Ciência Saúde Coletiva*, vol.16, no.4, Rio de Janeiro, 2011.

23-PITTHAN, L. O. **Exposição do professor substituto da saúde ao estresse no trabalho. 2010**. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2010. Disponível em: http://www.ufsm.br/ppgenf/Dissert_Luiza_Pitthan.pdf Acesso em: 09 de maio de 2012.

24-ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C.O.; AGUIAR, L. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem**. *Revista de Saúde Pública* 2006; 37(4): 424-433.

25-NASCIMENTO SOBRINHO, C. L.; CARVALHO, F. M.; BONFIM, T. A. S.; CIRINO, C. A. S.; FERREIRA, I.S. **Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil**. *Caderno de Saúde Pública*. 2006; 22(1): 131-140.

26-REIS, E. J. F. B.; CARVALHO, F. M.; ARAÚJO, T. M.; SILVANY NETO, A.M. **Trabalho e distúrbios psíquicos em professores da rede municipal de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil**. *Caderno de Saúde Pública* 2005; 21(5): 1480-1490.

27-COOPER, C. L. *et al. Work psychology - understanding human behaviour in the workplace*. London: Pitman Publishing, 1995.

28-DOLAN, S. L. **Estresse, auto-estima, saúde e trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

29-PEREIRA, M.G. **Epidemiologia teoria e prática**. Rio de Janeiro; Guanabara Koogan; 1995.

30-ANVISA. **Metodologia Epidemiológica**. In: PEREIRA, M.G. *Epidemiologia: Teoria e Prática*. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1995. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/cursos/met_epid.pdf Acesso em: 09 de maio de 2012.

ANEXOS

ANEXO 1 - Normas de publicação da revista Cadernos de Saúde Pública (CSP)

Instruções para autores

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

- 1.1 - Revisão** – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações);
1.2 - Artigos – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
1.3 - Notas – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras e 5 ilustrações);
1.4 - Resenhas – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);
1.5 - Cartas – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 1.200 palavras e 1 ilustração);
1.6 - Debate – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);
1.7 - Fórum – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total). Os interessados em submeter trabalhos para essa seção devem consultar o Conselho Editorial.

2. Normas para envio de artigos

- 2.1** - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
2.2 - Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês.
2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.
2.4 - A contagem de palavras inclui o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

3. Publicação de ensaios clínicos

- 3.1** - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (www.icmje.org) e do Workshop ICTPR.

3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Nederlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. Fontes de financiamento

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. Conflito de interesses

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. Colaboradores

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser integralmente atendidas.

7. Agradecimentos

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

8. Referências

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem

ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos (<http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine/>).

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (Ex. EndNote ®), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. Nomenclatura

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da World Medical Association.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

11. Processo de submissão online

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. Envio do artigo

12.1 - A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título corrido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumo, *abstract* e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (no idioma original e em inglês) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título corrido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível: <http://decs.bvs.br/>.

12.7 - *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha ou Cartas, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. O resumo pode ter no máximo 1100 caracteres com espaço.

12.8 - *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumo e *abstract*; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 - *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 - *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.19 - *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura.

12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 - *Formato vetorial*. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 - *Finalização da submissão*. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 - *Confirmação da submissão*. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo

13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. Envio de novas versões do artigo

14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.enasp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. Prova de prelo

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail (cadernos@ensp.fiocruz.br) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência.